



В. В. Грубник, З. Д. Бугридзе, К. О. Воротынцева
Одесский национальный медицинский университет

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ

Цель работы — изучить результаты выполнения комбинированных операций у пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2016 г. на базе Одесской областной клинической больницы было прооперировано 87 пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами. Возраст пациентов составил от 43 до 82 лет, средний возраст — $(51,2 \pm 1,8)$ года. Среди больных преобладали мужчины (68). В первой группе ($n = 43$) выполняли классическую трансабдоминальную преперитонеальную аллопластику с использованием сетчатых имплантатов производства Ethicon, во второй группе ($n = 44$) — комбинированные герниопластики.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность оперативного вмешательства была меньше во второй группе пациентов ($(42,7 \pm 3,8)$) по сравнению с $(63,5 \pm 5,3)$ мин, $p < 0,05$). У 2 пациентов при проведении лапароскопической операции трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики была выполнена конверсия, тогда как при использовании комбинированных операций необходимости в конверсии не было. При наблюдении в течение 18—24 мес рецидив грыжи был выявлен у 3 пациентов первой группы и отсутствовал во второй группе.

Выводы. Выполнение комбинированных операций при больших пахово-мошоночных грыжах — альтернатива операции Лихтенштейна. При этом количество интраоперационных и послеоперационных осложнений уменьшается в полтора раза, в отдаленные сроки после операции отсутствуют рецидивы.

■

Ключевые слова: грыжи, пахово-мошоночные грыжи, лапароскопическая герниопластика, сетчатые имплантаты.

В настоящее время при лечении паховых грыж все большую популярность приобретают лапароскопические методы герниопластики [1]. Использование лапароскопических методов лечения позволяет значительно уменьшить послеоперационный болевой синдром, а также быстрее восстановить нормальную физическую активность [2]. Однако лапароскопические герниопластики у пациентов с большими паховыми грыжами вызывают ряд технических сложностей, связанных с ограниченным размером операционного поля, а также выделением грыжевого мешка. При лапароскопической диссекции грыжевого мешка значительно увеличивается длительность операции, а в некоторых случаях выполнить полное выделение грыжевого мешка бывает технически невозможно. В подобных ситуациях нами предложена методика комбинированных операций с выполнением небольшого разреза.

Цель работы — изучить результаты выполнения комбинированных операций у пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2014 по 2016 гг. на базе Одесской областной клинической больницы было прооперировано 87 пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами. Возраст пациентов составил от 43 до 82 лет, средний возраст — $(51,2 \pm 1,8)$ года. Среди больных преобладали мужчины (68).

После проведения общеклинических дооперационных исследований и оценки риска сопутствующих патологий пациентов распределили на две группы. В первой группе ($n = 43$) применили классическую трансабдоминальную преперитонеальную аллопластику (TAPP, transabdominal preperitoneal) с использованием сетчатых имплантатов производства Ethicon, во второй группе ($n = 44$) —

комбинированные герниопластики (после введения троакарров в брюшную полость выполняли частичное выделение грыжевого мешка, затем переходили к открытому этапу операции). На коже выполняли небольшой разрез (до 3 см), через который под контролем глаза выделяли грыжевой мешок и перевязывали его, затем дефект тканей перитонизировали и продолжали выполнять лапароскопический этап операции. У данных пациентов использовали сетчатые имплантаты фирмы Ethicon, которые фиксировали такерами. Брюшину ушивали обвивным швом.

У пациентов были выявлены такие сопутствующие заболевания (табл. 1), как сахарный диабет ($n = 7$), гипертоническая болезнь ($n = 15$), болезнь почек ($n = 10$), хронические заболевания легких ($n = 7$), а также ожирение II—III степени (индекс массы тела > 40 кг/м², $n = 11$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя длительность оперативного вмешательства была меньше во второй группе пациентов ($p < 0,05$). Уменьшение длительности оперативного вмешательства связано с применением комбинированного метода с выполнением небольшого разреза, тогда как при выполнении лапароскопической операции TAPP длительность увеличивалась за счет технически тяжелого этапа выделения грыжевого мешка. Продолжительность нахождения пациентов в стационаре после операции была примерно одинаковой в обеих группах. У 2 пациентов при проведении лапароскопической операции TAPP была выполнена конверсия, тогда как при использовании комбинированных операций необходимости в конверсии не было. Серомы и гематомы имели место у 2 пациентов в первой группе и у 4 — во второй. Выраженного болевого синдрома в послеоперационный период не было ни в одной группе. При наблюдении в течение 18—24 мес рецидив грыжи был выявлен у 3 пациентов первой группы и отсутствовал во второй группе.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время с развитием малоинвазивных методов лечения лапароскопическая герниопластика паховых грыж является стандартом лечения данной патологии [3, 7]. И открытые операции Лихтенштейна, и лапароскопические герниопластики рекомендованы Европейским обществом герниологов [8—10]. Лапароскопические операции TAPP считаются безопасным малоинвазивным методом лечения, ассоциирующимся с низким количеством интраоперационных и послеоперационных осложнений [2, 4, 11]. Однако в некоторых случаях выполнение операций TAPP является технически сложным, особенно у пациентов с большими паховыми грыжами [5]. Для обучения данной методике молодым хирургам требуется длительное время с выполнением не менее 50 подоб-

ных операций [4, 7]. Сложности выполнения лапароскопических операций связаны с необходимостью знания лапароскопической анатомии паховой области по сравнению с классической методикой Лихтенштейна [10]. Большим недостатком лапароскопических операций является ограниченное рабочее пространство и трудности диссекции тканей при паховых грыжах большого размера. При больших грыжах лапароскопическая диссекция пахового мешка сопряжена с большим риском повреждения семенных канатиков. При выполнении лапароскопических операций у пациентов с большим размером грыжи увеличивается частота интраоперационных и послеоперационных осложнений [10]. Указанные факторы обусловили развитие комбинированных операций, благодаря которым в технически сложных ситуациях у пациентов с большими паховыми грыжами удается выполнить операцию без перехода к конверсии. Европейские хирурги [9] пытались решить данную проблему, однако результаты исследований свидетельствуют о высоком уровне интраоперационных осложнений и большой длительности самой герниопластики. Разработанная нами методика позволяет с помощью комбинации лапароскопического этапа операции и выполнения небольшого разреза на коже уменьшить размер грыжевого дефекта и выполнить

Т а б л и ц а 1
Характеристика групп пациентов

Показатель	Группа I (n = 43)	Группа II (n = 44)
Возраст, годы	50,2 ± 7,8	52,7 ± 6,2
Мужчины/Женщины	36/10	32/9
Сахарный диабет 2 типа	4	3
Гипертоническая болезнь	8	7
Болезнь почек	6	4
Хронические заболевания легких	3	4
Ожирение II—III степени	5	6

Т а б л и ц а 2
Показатели послеоперационного периода

Показатель	Группа I (n = 43)	Группа II (n = 44)
Средняя длительность операции, мин	63,5 ± 5,3	42,7 ± 3,8*
Длительность нахождения пациентов в стационаре, дни	4,1 ± 1,4	4,9 ± 1,9
Раневые осложнения (серома, гематома)	2 (4,6%)	4 (9,1%)
Рецидив грыжи	3 (6,9%)	0

пластику лапароскопически. Выполнение небольшого разреза с отсечением участка грыжевого мешка позволяет значительно снизить количество таких осложнений, как повреждение нервов и сосудов, с развитием хронического болевого синдрома и гематом с нагноением.

Таким образом, проведенное нами исследование сопоставимо с существующими рандомизированными исследованиями, которые выявили высокую частоту конверсий при выполнении лапароскопической герниопластики ТАПП у пациентов с большими паховыми грыжами. При нали-

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования — В. Г., З. Б., К. В.; сбор и обработка материала — З. Б., К. В.; статистическая обработка данных — З. Б.; написание текста — К. В.; редактирование — В. Г.

чи у пациента грыжевого дефекта небольшого размера выполнение стандартных лапароскопических операций является малоинвазивным и нетравматичным.

ВЫВОДЫ

Выполнение комбинированных операций при больших пахово-мошоночных грыжах — альтернатива операциям Лихтенштейна. При этом количество интраоперационных и послеоперационных осложнений уменьшается в полтора раза, в отдаленные сроки после операции отсутствуют рецидивы.

Литература

1. Antoniou S. A., Antoniou G. A., Bartsch D. K. et al. Transabdominal-preperitoneal versus totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: a metaanalysis of randomized studies // *Am. J. Surg.* — 2013. — Vol. 206. — P. 245–252.
2. Bansal V. K., Misra M. C., Babu D. et al. A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal-preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair // *Surg. Endosc.* — 2013. — Vol. 27. — P. 2373–2382.
3. Bittner R., Arregui M. E., Bisgaard T. et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia (International Endohernia Society (IEHS)) // *Surg. Endosc.* — 2011. — Vol. 25. — P. 2773–2843.
4. Daes J. Endoscopic repair of large inguinoscrotal hernias: management of the distal sac to avoid seroma formation // *Hernia.* — 2014. — Vol. 18. — P. 119–122.
5. Ferzli G. S., Rim S., Edwards E. D. Combined laparoscopic and open extraperitoneal approach to scrotal hernias // *Hernia.* — 2013. — Vol. 17 — P. 223–228.
6. Kim M. J., Hur K. Y. Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair: 10-year experience of a single surgeon // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2013. — Vol. 23. — P. 51–54.
7. Krishna A., Misra M. C., Bansal V. K. et al. Laparoscopic inguinal hernia repair: transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) approach: a prospective randomized controlled trial // *Surg. Endosc.* — 2012. — Vol. 26. — P. 639–649.
8. Lau H., Patil N. G., Yuen W. K. Day-case endoscopic totally extraperitoneal inguinal hernioplasty versus open Lichtenstein hernioplasty for unilateral primary inguinal hernia in males: a randomized trial // *Surg. Endosc.* — 2006. — Vol. 20. — P. 76–81.
9. Misra M. C., Bhowate P. D., Bansal V. K. et al. Massive scrotal hernias: problems and solutions // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* — 2009. — Vol. 19. — P. 19–22.
10. Palanivelu C., Rangarajan M., John S. J. Modified technique of laparoscopic intraperitoneal hernioplasty for irreducible scrotal hernias (omentoceles): how to remove the hernial contents // *World J. Surg.* — 2007. — Vol. 31. — P. 1889–1891.
11. Simons M. P., Aufenacker T., Bay-Nielsen M. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients // *Hernia.* — 2009. — Vol. 13. — P. 343–403.

В. В. Грубнік, З. Д. Бугрідзе, К. О. Воротинцева

Одеський національний медичний університет

КОМБІНОВАНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАХВИННО-КАЛИТКОВИХ ГРИЖ

Мета роботи — вивчити результати виконання комбінованих операцій у пацієнтів з великими пахвинно-калитковими грижами.

Матеріали і методи. У період з 2014 до 2016 рр. на базі Одеської обласної клінічної лікарні було прооперовано 87 пацієнтів з великими пахвинно-калитковими грижами. Вік пацієнтів становив від 43 до 82 років, середній вік — $(51,2 \pm 1,8)$ року. Серед хворих переважали чоловіки (68). У першій групі ($n = 43$) виконували класичну трансабдомінальну преперитонеальну алопластику з використанням сітчастих імплантатів виробництва Ethicon, у другій групі ($n = 44$) — комбіновані герніопластики.

Результати та обговорення. Середня тривалість оперативного втручання була меншою в другій групі пацієнтів ($(42,7 \pm 3,8)$ хв проти $(63,5 \pm 5,3)$ хв, $p < 0,05$). У 2 пацієнтів при проведенні лапароскопічної операції трансабдомінальної преперитонеальної алопластики було виконано конверсію, тоді як при використанні комбінованих операцій необхідності у конверсії не було. При спостереженні впродовж 18–24 міс рецидив грижі було виявлено у 3 пацієнтів першої групи, у другій групі рецидивів не було.

Висновки. Виконання комбінованих операцій при великих пахвинно-мошонкових грижах — альтернатива операціям Лихтенштейна. При цьому кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень зменшується в півтора разу, у віддалені терміни після операції відсутні рецидиви.

Ключові слова: грижі, пахвинно-калиткові грижі, лапароскопічна герніопластика, сітчасті імплантати.

V. V. Grubnik, Z. D. Bugridze, K. O. Vorotyntseva
Odesa National Medical University

COMBINED SURGERY FOR THE INGUINOSCROTAL HERNIAS

The aim — to study the results of combined surgeries in patients with large inguinoscrotal hernias.

Materials and methods. 87 patients with large inguinoscrotal hernias were operated in Odesa Regional Clinical Hospital during the period from 2014 to 2016. The age of patients ranged from 43 to 82 years, the mean age — 51.2 ± 1.8 years. Among patients, men dominated (68). In the first group (43 patients), classic hernia repair of TAPP was performed using Ethicon meshes, in the second group (44 patients) combined hernia repair was performed.

Results and discussion. The average duration of the surgical operation was relatively smaller in the second group of patients 42.7 ± 3.8 min vs 63.5 ± 5.3 min in the first group ($p < 0.05$). In 2 patients, during TAPP laparoscopic operation, a conversion was performed, while in the case of combined surgery there was no need in such conversion. Patients were consistently observed for 18—24 months, a recurrent hernia was detected in 3 patients of the first group and was absent in the second group.

Conclusions. The combined surgeries for large inguinoscrotal hernias is a worthy alternative to Liechtenstein's operations. The number of intraoperative and postoperative complications was 1.5 fold decreased, and the recurrences in the long term after the operation were absent.

Key words: hernia, inguinal and scrotal hernia, laparoscopic hernia repair, mesh.